

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1965

N° 19

Contribution à l'étude
des anomalies
du comportement sexuel
après traumatisme crânio-cérébral

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 FÉVRIER 1965
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HUBER Jean-Claude

NÉ LE 20 JUILLET 1931

A STRASBOURG

Contribution à l'étude
des anomalies
du comportement sexuel
après traumatisme crânio-cérébral

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 FÉVRIER 1965
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HUBER Jean-Claude

NÉ LE 20 JUILLET 1931

A STRASBOURG



FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Personnel de la Faculté

Doyens honoraires :

M. J. LEPINE, Membre de l'Institut
M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut

Doyen : M. J.-F. CIER

Assesseurs : MM. M. LEVRAT, L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND,
MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS,
GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLLOSSON.

PROFESSEURS

MM.

CIBERT

PONTHUS

(dét. à Beyrouth)

DECHAUME

CHAMBON

WERTHEIMER

PAUPERT-RAVAULT

FROMENT

CROIZAT

ENSELME

MALLET-GUY

REVOL

PIGEAUD

BOURRET

LEVRAT

SOHIER

NETIEN

BERTRAND

BADINAND

DREVON

ROCHE

COUDERT

MOUNIER-KUHN

PAUFIQUE

THIERS

BRUN

CREYSSSEL

DARGENT

GUICHARD

GIRARD Paul

LATARJET

PEYCELON

GIRARD Marcel

VACHON

GALY

PAPILLON

Clinique urologique.

Physique biologique.

Clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale.

Chimie organique et toxicologie.

Clinique chirurgicale B.

Clinique médicale B.

Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires.

Clinique médicale C.

Chimie biologique et médicale.

Clinique chirurgicale A.

Pharmacie galénique.

Clinique obstétricale.

Médecine du travail.

Clinique médicale A.

Hygiène et action sanitaire et sociale.

Botanique et cryptogamie.

Clinique chirurgicale C.

Chimie analytique pharmaceutique.

Pharmacie chimique et pharmacologie

Médecine légale et déontologie.

Parasitologie et pathologie exotique.

Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phono-
logie.

Clinique ophtalmologique.

Clinique de dermatologie, syphiligraphie et aller-
gologie.

Clinique de pneumo-phtisiologie.

Chaire de clinique chirurgicale orthopédique et
traumatologie.

Clinique carcinologique.

Anatomie pathologique.

Pathologie générale et expérimentale

Anatomie.

Pathologie chirurgicale.

Clinique médicale D.

Pathologie médicale.

Physio-pathologie des voies respiratoires.

Radiologie.

JEUNE

Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.

GONIN

Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale.

MONNET

Bactériologie.

BANSSILLON

Physiologie et pathologie obstétricales.

CHATONNET

Physiologie B.

GUINET

Clinique endocrinologique.

TRILLAT

Clinique de chirurgie orthopédique.

FREIDEL

Clinique stomatologique.

MARION Joseph

Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles.

DORCHE

Matière médicale et législation pharmaceutique.

DUMONT Louis

Histologie et embryologie.

PERROT

Chimie.

CIER J.-F.

Physiologie A.

PERRIN J.

Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire

MICHAUD Pierre

Clinique de chirurgie cardiaque.

SARROUY Charles

Clinique médicale infantile.

X...

Biologie médicale et pharmacodynamie.

X...

Clinique des maladies infectieuses.

X...

Clinique gynécologique

X...

Thérapeutique

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM.

BERGER

Physique nucléaire appliquée à la médecine.

BERTOYE

Bactériologie.

MANSUY

Neuro-chirurgie.

COLLET

Chimie générale et pharmaceutique.

LACROIX

Hygiène et clinique des maladies des pays chauds.

LIARAS

Clinique chirurgicale propédeutique.

LECUIRE

Neuro-chirurgie.

REVOL

Médecine générale.

GOINARD

Thérapeutique chirurgicale

CIER André

Pharmacie chimique et pharmacologie.

PONT Maurice

Médecine générale.

TRAEGER

Médecine générale.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

ROMAN

Parasitologie.

FEROLDI

Anatomie pathologique.

MORET

Physique biologique.

GARIN

Parasitologie.

ODDOUX

Botanique et cryptogamie.

de SOLLIERS

Chimie analytique.

TOLOT

Médecine du travail.

DESPIERRES

Médecine générale.

MAITRES DE CONFERENCE AGREGES TITULAIRES

MM.

CREYSSSEL Roger

Chimie biologique.

THIVOLET

Hygiène.

PINET

Electro-radiologie.

GUYOTAT

Neuro-psychiatrie.

DESCOTES

Chirurgie générale.

JOUVET

Pathologie expérimentale.

PEYRIN

Physique biologique.

TOMMASI

Anatomie pathologique.

BUFFARD

Electro-radiologie.

LEJEUNE

Médecine générale et thérapeutique

de MOURGUES F.

Stomatologie.

NAUSSAC

Maladies infectieuses.

REBOUILLAT

Chirurgie générale.

ROMAGNY	Pédiatrie.
DELAHAYE J.-P.	Médecine générale.
DELEUZE R.	Anesthésiologie.
GIRAUD M.	Electroradiologie diagnostic et thérapeutique.
MICHEL	Anesthésiologie.
FRANÇOIS	Pédiatrie et périculture
GILLY	Pédiatrie.
BOUCHET	Anatomie.
MICHOULIER	Chirurgie générale
COLOMB	Dermatologie
LAMBERT	Médecine générale
FRIES	Médecine générale
ROBERT	Médecine générale
BETHENOD	Pédiatrie
GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie
LARBRE	Pédiatrie
SOUSTELLE	Chirurgie générale
VIALA	Médecine générale
VINCENT	Bactériologie, parasitologie, virologie
KALB	Pneumo-phtisiologie

MM. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

FAVRE-GILLY	Hématologie.
GIROD	Histologie et embryologie.
GRAS	Chimie biologique.
MALLEIN	Chimie analytique.
RIFFAT	Hygiène.
FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie.
FLANDROIS	Physiologie.
VIALIER-RAYNARD	Bactériologie.
ROLLET	Pharmacie galénique.

MM. AGREGES EN EXERCICE

BONAMOUR	Ophtalmologie.
COLIN	Médecine légale.
de MOURGUES Georges	Chirurgie générale.
DEVIC	Médecine générale.
DUMONT Martial	Obstétrique.
DURAND	Urologie.
FRANCILLON	Chirurgie générale.
SAUBIER	Chirurgie générale.
SCHOTT	Neuro-psychiatrie.
ALLEGRE	Neuro-chirurgie.
CHASSARD	Electro-radialogie.
FAYSSE	Orthopédie.
GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie.
GARDE	Médecine générale.
HUGONNIER	Ophtalmologie.
MARET	Chirurgie générale.
MORNEX	Médecine générale.
NORMAND	Médecine générale.
PERRIN André	Médecine générale.
DUMAS	Stomatologie.
GARMIER	Obstétrique.
NOEL	Médecine générale.
SCHNEPP	Orthopédie.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : Monsieur le Professeur L. ROCHE.

Assesseurs : MM. les Professeurs Agrégés GUYOTAT, COLIN, MARIN

A MON PERE, A MA MERE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MON FRERE, A MA BELLE-SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur L. ROCHE,
Professeur de Médecine Légale et de Déontologie,
Médecin des Hôpitaux.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé J. GUYOTAT

Monsieur le Professeur Agrégé M. COLIN

Nous les remercions d'avoir accepté d'examiner
notre thèse et d'en être les juges.

Monsieur le Professeur Agrégé A. MARIN

Il nous a inspiré ce travail et nous a guidé avec
beaucoup de bienveillance au cours de son élaboration.
Nous tenons à lui exprimer ici notre respectueuse gratitude.

A nos Professeurs de l'Ecole de Médecine de Dijon

A tous nos Maîtres de l'Hôpital de Dijon

A nos Maîtres d'externat

Monsieur le Docteur BLANCHE

Monsieur le Professeur F. LECLERC

Monsieur le Docteur G.-C. LECLERC

Monsieur le Professeur de GIRARDIER

Monsieur le Professeur JEANNIN

Monsieur le Professeur ALISON

Monsieur le Professeur CORTET

Monsieur le Professeur C. KLEPPING

Monsieur le Professeur BALLIVET

Aux Médecins assistants, chefs de clinique

A Monsieur le Docteur LECULIER

A Madame L. MARINTHE

pour sa précieuse collaboration.

AVANT-PROPOS

L'évolution de la vie moderne, avec l'accroissement de la vitesse et de la mécanisation, a eu entre autre, comme corollaire une augmentation rapide et importante de la fréquence des lésions crânio-cérébrales, souvent aussi de leur gravité.

Parallèlement les progrès de la neurochirurgie et de la réanimation ont permis d'observer le devenir lointain de certains patients, autrefois bien souvent condamnés, et ont ouvert par-là la porte à des séquelles de plus en plus fréquentes, voire importantes.

Fréquence extrême, taux de mortalité important encore, complications redoutables quelquefois, voici autant de raisons qui ont permis à des auteurs comme Puech de classer les traumatismes crânio-cérébraux parmi les « grandes calamités actuelles ».

Et en fait, il n'est guère de troubles neurologiques ou psychiatriques, entre tellement d'autres, qui ne se soient vus attribuer dans tel ou tel cas précis si ce n'est en général, une paternité traumatique.

D'ailleurs « l'expérience » populaire par des boutades telle « il doit être tombé sur la tête » rend souvent compte de cette généralisation excessive, consciente ou non.

INTRODUCTION

Il sera rapporté ici l'observation d'une jeune fille qui, après un traumatisme crânio-cérébral, a présenté des séquelles dominées par un trouble important du sens éthique et plus précisément par des anomalies dans le comportement sexuel, posant par elles-mêmes et par leurs conséquences des problèmes médico-légaux délicats.

Ces faits ont motivé la recherche dans la littérature de publications de cas analogues et dont l'explication pathogénique demeure souvent mystérieuse.

La survenue de troubles du sens génésique et de ses conséquences directes dans les suites d'un traumatisme crânien a été souvent citée.

— A la fin du siècle dernier, KRAFFT-EBING, dans « *Psychopathia Sexualis* » a publié plusieurs cas d'anomalies de la vie sexuelle, survenues chez des sujets ayant présenté dans leurs antécédents un traumatisme crânio-cérébral.

— De même BENON, dans ce petit musée qu'est sa remarquable collection de séquelles « psychiques et névrosiques post-traumatiques », parue avant la première guerre mondiale, rapporte plusieurs observations de « perversions instinctives ».

— De MORSIER en 1936 consacre un petit chapitre aux « troubles génitaux », citant entre autres quelques cas d'« hypergénéralisme » après traumatisme crânien. Lui aussi ne fait que rapporter des constatations.

— Il faudra attendre les travaux de STIER d'abord, de FLECK ensuite, pour voir ce domaine enfin bénéficier de recherches plus approfondies.

D'autres auteurs allemands, comme MEYER (J.E.), FAUST, LAUBER, GELLER se consacrent en partie à ce problème et étudient, entre autre, la question des localisations lésionnelles en rapport avec telle ou telle symptomatologie.

Dans un premier chapitre sera exposée l'observation personnelle, due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé MARIN, qui a bien voulu être le guide dans l'élaboration de ce travail.

Puis sera abordée la description des principales anomalies du comportement sexuel après traumatisme crânio-cérébral, relevées dans la littérature médicale.

Suivra ensuite un essai d'étude des différentes notions étiologiques connues.

Un quatrième chapitre sera consacré à une tentative de classification des différentes anomalies de la sexualité et surtout des perversions rencontrées dans les suites d'un traumatisme crânien.

Le chapitre suivant contiendra un essai d'interprétation pathogénique de ces différents troubles.

Enfin seront discutés les problèmes médico-légaux d'imputabilité, de responsabilité et de réparation, soulevés par ces séquelles qui s'avèrent non exceptionnelles.

CHAPITRE I

OBSERVATION PERSONNELLE

Mademoiselle B..., née en 1941, sans antécédents pathologiques notables est victime d'un accident de circulation le 19 mars 1960. Elle avait pris place dans une automobile qui heurta un platane.

Le premier bilan lors de l'hospitalisation révèle :

1) Un très grave traumatisme crânio facial avec grosse plaie de la région orbitaire droite, intéressant le front, l'arcade sourcilière et la paupière supérieure, enfoncement osseux fronto-orbitaire droit, mise à nu des os propres du nez et du maxillaire supérieur droit, fracture de la partie gauche de l'os frontal, épistaxis et lésions dentaires.

2) Un grave état de choc (coma carus et collapsus cardiovasculaire).

Après les soins de première urgence (transfusions, tonocardiaques, suture des plaies, blépharoplastie), la blessée est maintenue sous surveillance médicale stricte avec perfusions endo-veineuses ininterrompues. Le coma se prolongera pendant 17 jours.

Lors de la reprise de conscience, Mademoiselle B... présente un état d'agitation intense qui nécessite un traitement par barbituriques. Mais devant la persistance de ces troubles psychiatriques un transfert pour bilan plus complet dans un service de neurochirurgie est décidé.

Là on constate :

A l'examen clinique :

- logorrhée incessante sur un fond d'infantilisme ;
- le bilan végétatif est normal.

A l'examen neurologique :

- on note aucun déficit moteur ;
- les réflexes rotuliens droit et gauche sont polycinétiques, l'achilléen est vif à droite, normal à gauche. Les réflexes ostéo-tendineux sont normaux aux membres supérieurs ;
- on ne relève pas de signe de Babinski ;
- il n'y a pas de signes méningés ;
- pas de Nystagmus ;
- par contre, petite difficulté à faire les marionnettes.

A l'examen ophtalmologique :

- la motricité oculaire extrinsèque est normale ;
- La pupille droite est légèrement moins colorée que la gauche. Il n'y a pas d'œdème ;
- Enophtalmie droite ;
- les réflexes cornéens sont normaux ;
- le champ visuel est normal à gauche, rétréci à droite, surtout dans le quadrant nasal inférieur.

Au caster on met en évidence une limitation de la motricité par suite de l'enophtalmie avec parésie du III^e droit.

- Il existe enfin une certaine instabilité à l'occlusion des yeux sans autres signes vestibulaires associés, traduisant une contusion centrale assez importante.

Liquide céphalo-rachidien :

- albumine 0,30 Grs/Litre
- sucre 0,56 Grs/Litre
- cytologie : à la cellule de Nageotte on compte cinq éléments blancs par mm³.
- bactériologie : pas de microbes, pas de B.K. Culture stérile.

Radiographie simple du crâne :

On remarque un enfoncement du massif facial avec fractures multiples et disjonction crânio-faciale complexe. Il existe aussi un refend postérieur qui atteint la région fronto-temporale.

Electro-encéphalographie : Docteur COURJON 27-IV-1960.

« Le tracé montre un ralentissement global de l'activité cérébrale, puisqu'on note une activité à 5 c/sec permanente, réagissant cependant bien à l'ouverture des yeux. Dans la région frontale droite on note une activité plus lente et plus irrégulière avec des ondes delta à 2 c/sec intermittentes. Une faible hyperpnée n'entraîne aucun changement, tandis que la stimulation lumineuse intermittente est sans effet.

Conclusion : ce tracé montre d'une part un foyer d'ondes lentes, permanent, frontal droit et d'autre part un ralentissement permanent et global de l'activité cérébrale. »

Artériographie carotidienne droite :

Le seul fait à signaler est un soulèvement de la portion initiale des troncs sylviens, mais celui-ci est léger et on ne saurait en tirer des déductions.

Encéphalographie gazeuse :

On ne voit pas de localisation. Peut-être existe-t-il une certaine atrophie corticale.

Dans le service on pratiquera une crânioplastie acrylique frontale externe droite. Les suites opératoires sont simples.

Ultérieurement un nouvel électro-encéphalogramme est pratiqué. 10-X-1960 Docteur GERIN.

« On note une activité de base alpha à 9c/sec, régulière, stable, symétrique, réagissant bien à l'ouverture des yeux, et des bouffées d'activité rapide assez importantes sur les régions antérieures médianes.

L'hyperpnée ralentit discrètement le rythme de base de façon temporaire et symétrique, tandis que la stimulation lumineuse intermittente est sans effet particulier.

Conclusion : le tracé est aujourd'hui normal. »

Pendant ce temps la malade, qui est toujours sous traitement barbiturique, présente des phases successives d'excitation avec

logorrhée et grande exubérance des gestes, et de dépression. A cet état mental s'ajoute, quelques mois après le traumatisme semble-t-il, un caractère érotique, une excitation sexuelle périodique se manifestant par un besoin impérieux de se faire remarquer par les hommes, des désirs physiques violents et incontrôlables. Made-moiselle B... semble bien avoir conscience de cet état qu'elle contemple presque en spectatrice et contre lequel elle n'a pas la volonté de réagir. Après avoir provoqué le désir de partenaires nombreux et successifs, elle accepte avec passivité leurs avances et a ainsi de très nombreuses relations, surtout au cours de plusieurs fugues survenues en avril et en mai 1961. Les conséquences ne se font d'ailleurs pas attendre car il en résultera entre autres :

- une intervention de la police pour prostitution,
- une grossesse.

Ces anomalies du comportement entraîneront une hospitalisation dans un service de neuro-psychiatrie où la possibilité d'une perversion post-traumatique est évoquée, étayée par les éléments suivants :

- « — jeune âge de la malade et son immaturité affective ;
 - conservation du jugement et de l'auto-critique (il n'existe aucune perversion du jugement. Les faits sont exposés dans leur intégrité et discutés dans leurs conséquences) ;
 - irrésistibilité (elle se sent attirée vers les garçons) ;
 - inintimabilité relative (la crainte des réactions paternelles n'a pas empêché deux fugues, l'une de 24 heures, l'autre de trois jours. Or elle a affaire à un père psycho-rigide très attaché aux convenances) ;
 - le développement de la libido chez cette jeune fille, vierge avant l'accident.

Cette perversion n'intéresse pour l'instant que la sexualité. Il s'y associent des troubles caractériels avec instabilité, irritabilité, petites crises d'agitation psycho-motrice, mais sans trouble de sommeil. »

L'examen psychologique pratiqué le 16 juin 1961 donne les résultats suivants :

a) A l'échelle d'intelligence de WECHSLER-BELLEVUE la malade obtient :

- échelle verbale Q.I. 0,85
- échelle de performance Q.I. 0,84
- échelle complète Q.I. 0,83.

Le niveau d'intelligence est médiocre, mais il ne s'agit pas d'une débile. Il faut noter cependant un important déficit du jugement. Le calcul du pourcentage de détérioration aboutit à l'estimation nulle.

b) Au RORSCHACH on obtient un protocole de 16 réponses banales et un refus (planche IX).

Sujet de type extratensif, de résonance intime. Il existe un fond mental anxieux, sentiments de culpabilité. Il y a un retard affectif probable. On relève enfin une ambivalence à l'égard de la mère.

c) Le DUSS est de type infantile avec des peurs archaïques traduisant un attachement à la mère.

Finalement devant la persistance des troubles psychiatriques et à la demande de son père, Mademoiselle B... est adressée à l'hôpital psychiatrique de Bourg-en-Bresse avec le certificat suivant :

« ...actuellement il n'existe pas de signes neurologiques et l'E.E.G. est normal. Par contre, depuis l'accident sont survenus des troubles graves du comportement à prédominance sexuelle : fugues, prostitution avec grossesse d'environ cinq mois.

Il existe une indifférence absolument pathologique avec anesthésie morale, baisse du jugement et du sens critique. La malade se montre inaffektive et semble-t-il inintimidable et le diagnostic de perversion post-traumatique a été posé. »

Le certificat de 24 heures stipule :

« ...arriération affective profonde, désarroi abandonnique, mais sans réactions caractérielles vives dans le service... »

Dans une lettre ultérieure le médecin-chef du service psychiatrique précisera qu'à son avis « il y avait chez Mademoiselle B... un état préexistant d'immaturation affective profonde et que l'accident avait provoqué une régression aux limites de la schizophrénie, mais qu'en définitive tout s'était relativement bien arrangé... Elle ne paraît pas faire de psychose discordante ».

L'accouchement se déroule normalement. Sous traitement neuroleptique et barbiturique on assiste à une reprise progressive de l'activité et de l'affectivité. La malade quitte l'hôpital psychiatrique en 1962.

Une expertise dans le cadre du Droit Commun est réalisée le 20-XI-1962 et les experts relèvent les éléments suivants :

Jeune fille de 21 ans qui a passé son enfance dans sa famille. Elle a fréquenté l'école primaire de façon régulière jusqu'à l'âge de 14 ans et elle a passé le certificat d'études avec succès.

« Par la suite elle a pendant trois ans suivi des cours dans une école ménagère où elle apprenait notamment la couture et la cuisine. Sortie de cette école elle a travaillé en usine de façon régulière.

Enfin elle affirme qu'elle a toujours eu un comportement normal avant l'accident. De toute façon elle n'avait jamais présenté aucun trouble de caractère psychiatrique et n'avait jamais été suivie par un spécialiste de neuro-psychiatrie.

Au début de l'examen on est frappé par l'aspect apathique de la malade. Elle est figée sur sa chaise, paraît amorphe, son visage est le plus souvent inexpressif, elle paraît constamment passive au cours de l'entretien et laisse en particulier répondre sa mère à la plus grande partie des questions. Elle n'intervient elle-même dans la conversation que lorsqu'on la presse de répondre personnellement.

En réalité la situation se modifie de façon appréciable lorsqu'on demande à la mère de regagner la salle d'attente et lorsqu'on peut interroger Mademoiselle B... seule.

Il persiste de façon indiscutable une certaine viscosité intellectuelle. La malade manifeste une certaine lenteur dans ses réponses, néanmoins elle comprend parfaitement bien les questions qu'on lui pose. De même il existe une excellente compréhension des ordres.

Au cours de l'entretien on constate que les perturbations du jugement qui avaient été mentionnées antérieurement se sont considérablement améliorées. La malade fait des réponses qui sont tout à fait satisfaisantes, elle distingue, sans grande difficulté, les phrases absurdes. Il n'y a pas à proprement parler de détérioration intellectuelle, et l'on peut affirmer qu'il ne s'agit pas d'un état démentiel post-traumatique.

De la même façon on constate que la malade au cours de l'entretien, est assez bien insérée dans le réel. Il n'y a pas de discordance intra-psychique, il ne s'agit certainement pas d'une schizophrénie.

Enfin, Mademoiselle B... est capable de se situer dans l'espace et dans le temps. Elle sait la date à laquelle on se trouve. Elle est capable de citer quelques dates historiques importantes. Elle est même au courant des événements politiques les plus récents.

On peut donc dire qu'il n'y a pas de confusion mentale. La mémoire d'ailleurs n'est pas déficiente, et on ne constate aucun élément de fabulation.

C'est dans le domaine du comportement que les perturbations demeurent importantes chez Mademoiselle B...

En effet, elle demeure toujours extrêmement irritable. Elle

s'énerve pour un rien, elle s'emporte volontiers lorsqu'on la contrarie.

La mère de Mademoiselle B... confirme que cette dernière prend effectivement de vives colères. Il lui arrive même de donner des coups à sa sœur.

Madame B... regrette également que sa fille ne soit pas plus soumise à elle-même et à son mari. Elle trouve que depuis l'accident elle est moins gentille, moins facile à diriger, elle n'est pratiquement plus intimidable.

En outre, toujours d'après sa mère, elle serait fréquemment excitée, s'agiterait dans la maison. A d'autres moments, au contraire, elle demeure inerte, sans initiative, et serait capable de rester des heures assise sur une chaise sans rien faire.

Les troubles du comportement signalés par Madame B... se manifestent encore lors des sorties de sa fille. En effet, elle trouve que celle-ci sort beaucoup trop souvent.

Elle lui donne parfois l'autorisation de s'absenter quelques instants, mais sa fille en profite et demeure de longues heures hors de la maison.

Il n'y a jamais eu, depuis son retour de l'hôpital psychiatrique, de nouvelles fugues de plusieurs jours. Néanmoins, Madame B... se demande si les fréquentations de sa fille sont bien satisfaisantes. Elle a toujours peur d'une nouvelle grossesse éventuelle.

En réalité, il s'agit là d'une crainte de la mère, mais ces craintes ne paraissent pas particulièrement étayées par les faits.

Mademoiselle B..., au contraire affirme que toutes ces histoires lui ont bien servi de leçon, et elle a l'intention d'avoir une vie plus calme.

Elle trouve, par contre, que ses parents sont trop exigeants et ne lui laissent pas assez de liberté.

Enfin dans le domaine affectif il est certain que la malade est capable de manifestations sentimentales. On a parlé, à plusieurs reprises dans le dossier, d'indifférence affective avec anesthésie morale.

Ces troubles se sont considérablement améliorés. En effet la malade s'intéresse à son enfant. Elle a également souci de son esthétique, et souffre en particulier du caractère disgracieux de ses cicatrices faciales.

Au cours de l'entretien on a souvent l'impression que la malade est triste, déprimée. En fait elle est capable d'une certaine détente et manifeste parfois même plus ou moins de gaieté.

On peut donc affirmer qu'actuellement l'indifférence affective s'est notablement modifiée.

De même le sens éthique a réapparu pratiquement normal, et la malade a parfaitement conscience du caractère anormal des faits qui se sont déroulés dans les suites de son accident.

Par contre, il persiste, et c'est peut-être actuellement l'élément le plus important, une régression affective intense.

La malade s'est établie vis-à-vis de ses parents dans une situation de dépendance avec retour à une situation infantile de sécurité.

Actuellement Mademoiselle B... paraît incapable de prévoyance.

Elle ne fait aucun projet pour l'avenir. Elle semble d'ailleurs bien peu capable d'organiser sa vie de façon valable ».

Alors qu'on croyait l'état de cette malade nettement amélioré, on apprend qu'un nouveau séjour en milieu psychiatrique s'était avéré nécessaire. Mademoiselle B... est hospitalisée en mai 1963 après avoir été recherchée par la police, sur la demande de sa mère, à la suite d'une fugue de quatre jours.

La malade était partie un dimanche pour aller au cinéma. Elle n'y est pas allée et on ne l'a pas revue. Elle aurait été vue avec un Nord-Africain. Depuis plusieurs jours déjà elle paraissait présenter une excitation psycho-motrice, elle était logorrhéique, irritable et ne dormait plus.

Il est à noter qu'elle ne semble pas avoir présenté de crises comitiales, ni aucun malaise permettant d'évoquer ce diagnostic.

Au moment de l'hospitalisation, la malade est indifférente et ne semble pas réaliser correctement sa situation. Elle est partie avec un Tunisien qu'elle connaît à peine, elle est partie « comme ça » a vécu avec lui en concubinage, « ne sait pas pourquoi elle a fait cela ». Elle ne regrette, ni ne souhaite quoi que ce soit. On ne peut mettre en évidence aucune idée délirante, ni aucun phénomène hallucinatoire. Elle ne paraît pas dissociée.

Le certificat de maintien stipule : « ...grosse arriérée affective à structure abandonnique, petite teinte dépressive, désintérêt, passivité foncière. Réhospitalisée à la suite d'une fugue avec manifestations sexuelles de compensation ».

Elle quitte le service en juin 1963.

Revue en décembre 1964, la malade se présente habillée correctement, fardée, une mèche de cheveux cachant discrètement la cicatrice frontale. Dès le premier abord elle frappe par son obésité (elle prétend avoir gagné 20 kgs depuis son accident, mais

il faut rappeler qu'elle a suivi un traitement neuroleptique). Elle affirme suivre, de sa propre initiative, une cure d'amaigrissement « pour devenir plus présentable ».

Elle est par contre assez indifférente quant à l'évolution de son procès et à la défense de ses intérêts : « le procès ? Je ne sais pas ce qui a été décidé, combien mon père a touché, c'est lui qui a été nommé tuteur pour mon fils ».

Elle n'a toujours pas repris son travail, mais prétend se sentir capable de le faire, si elle n'avait pas à s'occuper :

- de son fils qui n'est plus en nourrice ;
- du logis familial, sa mère étant hospitalisée.

Elle affirme très bien s'acquitter de ces tâches et semble même prendre des initiatives.

Les seuls troubles dont elle se plaint actuellement sont les suivants :

- céphalées frontales fréquentes provoquées surtout par les mouvements brusques de la tête ;
- vertiges épisodiques lors des changements de position ;
- rares sensations de dérobage de la jambe droite.

La malade répond correctement aux questions, mais les réponses sont longues à venir. On ne trouve pas de désorientation temporo-spatiale, ni de perturbations notables dans le jugement. Il semble qu'actuellement, Mademoiselle B... est bien insérée dans le réel.

La malade affirme qu'elle est toujours très irritable vis-à-vis de sa petite sœur « elle ne cesse de me faire des sottises que je ne puis supporter ».

Elle prétend ne plus avoir fait de fugue depuis celle de 1963. Elle a encore de temps en temps des relations sexuelles avec des hommes, mais maintenant elle se cache pour le faire, elle prend de nombreuses précautions pour ne pas attirer l'attention de la famille. Elle ne semble pas, au cours de ses relations, atteindre l'orgasme ; néanmoins elle éprouve beaucoup de plaisir dans ses relations avec des hommes.

Il est à noter aussi que depuis son accouchement, cette malade est réglée normalement. Elle a présenté une dysménorrhée post-traumatique de courte durée.

Alors que cette thèse était déjà à l'impression, il se révèle que Mlle B... a accouché au mois d'octobre 1964 d'un deuxième enfant né de père inconnu et confié à l'Assistance Publique.

Il est à noter que ce fait fut caché et nié jusqu'à présent par la malade.

CHAPITRE II

ÉTUDE ANALYTIQUE DES DIFFÉRENTES ANOMALIES DU COMPORTEMENT SEXUEL APRÈS TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL DÉCRITS DANS LA LITTÉRATURE MÉDICALE

Il est classique de constater, dans les suites d'un traumatisme crânien, une diminution plus ou moins importante de l'activité sexuelle, quand il ne s'agit pas d'une impuissance absolue, s'accompagnant ou non d'un affaiblissement de l'appétit génésique qui peut aller jusqu'à l'indifférence totale.

J.-E. MEYER croit pouvoir affirmer la présence de ces troubles d'une façon quasi systématique après tout traumatisme crânio-cérébral s'accompagnant initialement d'une perte de conscience. Il en est de même pour BUSEMANN et pour BAY.

J. GERAUD fait entrer l'impuissance sexuelle dans 11,4 % des cas de « syndrome subjectif commun ».

Par impuissance il faut entendre, non seulement l'impossibilité absolue de relations sexuelles, mais également les troubles dans le déroulement de l'acte sexuel tels :

- érection insuffisante,
- orgasme retardé,
- éjaculation précoce.

A côté de ces faits typiques et actuellement admis d'une façon quasi unanime, quant à leur présence au moins passagère, toutes les anomalies qualitatives aussi bien que quantitatives du comportement sexuel, furent décrites chez d'anciens traumatisés du crâne.

Ainsi de MORSIER a pu écrire « L'impuissance sexuelle plus ou moins complète s'observe souvent. Elle dure très longtemps et peut être définitive. Elle peut amener des complications conjugales (divorce) qui aggravent l'anxiété du blessé. L'hypergénéralisme est beaucoup plus rare. J'en ai cependant observé plusieurs cas. Deux fois l'excitation sexuelle a amené le blessé à commettre un attentat à la pudeur (exhibitionnisme) ».

A côté des manifestations hypersexuelles plus ou moins pures d'autres auteurs ont noté l'apparition après traumatisme crânio-cérébral, et ce avec une fréquence variable mais non négligeable, de perversions sexuelles, qu'il s'agisse d'anomalies du choix de l'objet (auto-érotisme, inceste, homosexualité, bestialité, etc.) ou d'érotisation substitutive (exhibitionnisme, sado-masochisme entre autres). Mais ces derniers faits sont néanmoins rares devant la fréquence extrême de ce genre de traumatisme et l'éventuelle relation de causalité est souvent ignorée, abusivement invoquée ou mise sur le compte d'une coïncidence fortuite.

Ainsi dans les « Déviations sexuelles » CLIFFORD ALLEN cite le cas de cet officier de police, sans antécédents notables, heureux en ménage, équilibré, consciencieux et travailleur. A la suite d'une chute de motocyclette, due à l'éclatement d'un pneu, il présente quelques troubles de la mémoire assez discrets mais qui le gênent dans son travail. Il poursuit néanmoins ses occupations avec une conscience professionnelle exemplaire. Six mois après il est arrêté pour exhibitionnisme devant de jeunes écoliers.

L'auteur de conclure :

« Cet homme n'agissait pas ainsi pour démontrer sa virilité mais pour sortir d'une situation intolérable » (tension dans son travail, terrible sens du devoir).

Ainsi si dans le cas présent le traumatisme est incriminé, il n'est qu'indirectement responsable, par les troubles de la mémoire qu'il a entraîné selon CLIFFORD ALLEN.

KRAFFT EBING rapporte le cas suivant : (obs 39) :

Mr. CL..., ingénieur. Traumatisme crânien dans la jeunesse. A 17 ans premiers rapports sexuels suivis d'un développement pathologique de l'appétence génitale. A 32 ans mariage, les excès vénériens sont toujours intenses. A 35 ans le malade est interné pour accès de « monomanie ». Remis en liberté, il se sent attiré irrésistiblement aussi bien par les êtres humains que par les animaux et fréquente indifféremment les femmes et les chiennes. A 44 ans il doit vivre loin de sa femme à cause de ses affaires. Huit mois après, agitation, tension anxieuse, désir de relations sexuelles. Il part rejoindre son épouse et, en route, surexité, troublé, il descend du train, exhibe sa verge et cherche à violer une femme de 70 ans. Arrêté, il ne manifeste ni honte, ni repentir.

Parmi les nombreux cas publiés par FAUST, il faut relever surtout :

— Mr. H.L..., 31 ans, blessure fronto-orbitaire droite avec perte de l'œil par éclat d'obus. Dès son hospitalisation le blessé se fait remarquer par une masturbation éhontée et des invitations sans fioritures aux relations sexuelles avec les sœurs soignantes.

Après sa sortie du service hospitalier il persiste une exagération très importante des besoins sexuels et ses trois femmes successives n'arriveront pas à satisfaire complètement cette surpuissance. Finalement il se rend coupable d'inceste avec sa fille de 15 ans, issue du deuxième mariage, et dont il aura un enfant. Il tuera l'enfant et se suicidera avec sa fille.

— Mr. K.W... Pas d'antécédents personnels ou familiaux notables. A l'âge de 20 ans traumatisme occipital. Très rapidement s'installe une surpuissance.

Marié, le blessé a de très nombreuses relations sexuelles extra-conjugales et fait de fréquentes fugues plus ou moins prolongées. On note en outre alcoolisme et vagabondage. La vérification post-mortem met en évidence des lésions des deux lobes occipitaux et une formation kystique de la grosseur d'un œuf de poule au niveau de la région basale du lobe frontal droit.

— Mr. M.L... Traumatisme crânien fermé suivi d'une tendance hypersexuelle très exagérée. Il pratique au minimum deux à trois relations sexuelles complètes par jour et ce même en présence d'enfants. En outre, il attire des petites filles de 10 à 12 ans auxquelles il administre des corrections sur les fesses nues, sous les prétextes les plus variés, ces gestes lui permettant d'atteindre l'orgasme.

Parmi les 14 observations de LAUBER il convient de citer :

— Mr. W.H... (cas n° 5) employé de police. Chute de motocyclette suivie d'un coma de six jours en 1948. Alors que jusqu'à présent il avait un comportement strictement normal, cet homme est inculqué pour actes homosexuels en 1950 (masturbation réciproque au poste de garde). En 1952 et 1953 exhibitionnisme et masturbation devant des enfants. Lui-même signale une baisse de la puissance sexuelle remontant à l'accident et qui l'oblige à des pratiques variées pour satisfaire sa femme.

— Mr. W.K... (cas n° 6). Lésion frontale par éclat de bombe en 1945 à l'âge de 27 ans.

En 1947 intervention pour abcès cérébral, suivie d'une baisse de l'appétence sexuelle. Depuis 1950 ce malade présente une hypersexualité importante, qui se manifeste par un minimum de trois rapports sexuels complets par jour, alors qu'il fut très sobre dans ce domaine avant l'accident.

STIER rapporte, entre autres, le cas d'un malade de 69 ans, qui, après un traumatisme crânien, vit réapparaître son excitation sexuelle depuis longtemps disparue.

Il est remarquable que toutes ces observations concernent des sujets de sexe masculin. La littérature ne semble en effet pas

présenter de publications d'équivalents manifestes chez la femme.

Bien sûr il y a le cas publié par GASTAUT et COLLOMB dans leur « étude du comportement sexuel chez les épileptiques psychomoteurs ».

Mme G.L... (obs n° 18) 27 ans. Traumatisme occipital grave à 18 ans. Depuis lors crises comitiales. Le comportement sexuel était normal avant l'accident.

Mariée à un musicien qui travaille pour elle jour et nuit, l'entoure d'affection et de soins, elle n'a aucun sentiment pour lui et ne s'intéresse pas à son fils. Elle boit, fume et se prostitue pour de l'argent, paye quelquefois des garçons. Elle semble n'éprouver aucune satisfaction dans l'accomplissement de l'acte sexuel.

Notons que le comportement sexuel est souvent difficile à saisir dans sa totalité en dehors de ses manifestations médico-légales bruyantes. Le malade, voire quelquefois son partenaire peuvent manquer de spontanéité et de franchise dans un domaine qu'ils considèrent comme honteux ou au contraire glorieux. En outre il n'est pas aisé de définir l'activité sexuelle normale et par tant ce qui est pathologique, et il faudra souvent se contenter de l'étude comparative avec l'état antérieur pour apprécier l'éventuel dommage, surtout s'il n'est que quantitatif.

CHAPITRE III

DONNÉES ÉTIOLOGIQUES

Il est évident que ces anomalies de la vie sexuelle ne sont nullement pathognomoniques d'une lésion traumatique cérébrale et pourraient aussi bien avoir à leur origine une encéphalite épidémique, une intoxication alcoolique prolongée, une démence sénile, ou être la première manifestation d'une psychose ou d'une paralysie générale par exemple.

Mais ces troubles du sens génésique peuvent-ils survenir chez n'importe qui après n'importe quel traumatisme crânio-cérébral ?

A. - LES SUJETS.

1) Le sexe :

Comme on peut le remarquer, toutes les observations d'aphrodisie et de perversions sexuelles post-traumatiques, qui ont fait l'objet de publications, portent sur des individus du sexe masculin. Très peu de choses ont été décrites au sujet des femmes.

Pour de MORSIER, après commotion « chez la femme, la dysménorrhée ou l'aménorrhée complète, s'observe très fréquemment. Elle est en général transitoire, sauf aux approches de la ménopause ».

Les troubles du désir sexuel par contre, ne peuvent être isolés que très rarement, STIER et HIRSCHMANN en ont pourtant publié quelques cas évidents.

Tous les gynécologues et tous les psychothérapeutes savent, en effet, combien fragile est la sphère sexuelle chez la femme, si facilement influençable et perturbable par des stress psychologiques. Si en outre on pense au rôle beaucoup plus passif de la femme et de son adaptation à l'activité sexuelle de son partenaire, il devient évident qu'une baisse discrète ou une légère augmentation du désir sexuel n'apparaît pas forcément. Pour

J.E. MEYER il y a souvent disparition de la possibilité d'orgasme, ou tout au moins ce dernier est très retardé.

Cet auteur n'a pu relever aucun cas d'hyper-sexualité post-traumatique chez la femme. C'est là que réside l'originalité de l'observation personnelle rapportée.

Il faut noter enfin que la relative faible influence des lésions cérébrales sur le comportement sexuel de la femme trouve son parallèle dans l'expérimentation animale. BEACH a pu mettre en évidence le fait que la destruction ou l'ablation de certaines régions cérébrales n'entraînaient pas de troubles notables de l'acte sexuel chez les individus de sexe féminin, à l'opposé de ce qui se passait chez les animaux mâles.

2) Age :

Il est à rappeler que la malade de l'observation personnelle avait 19 ans au moment de l'accident.

On considère en général que les troubles sexuels après traumatisme crânien sont beaucoup plus rares chez les jeunes.

J.-E. MEYER constate :

	Moment de l'accident			
	Avant 30 ans	Entre 30 et 35 ans	Entre 35 et 44 ans	Au delà de 44 ans
Baisse du désir sexuel				
— légère	5	7	5	0
— importante ...	6	11	13	6
Augmentation du désir sexuel	0	3	0	0
Alternance entre augmentation et baisse .	0	2	0	0
Impuissance	0	0	5 dont 2 passagères	1
Aucun trouble sexuel.	3	6	1	0
TOTAL	14	29	19	7

Notons que chez l'enfant et le jeune adolescent les troubles sexuels prennent moins souvent le caractère d'une hypergénéralité précoce, quelquefois discrète, que celui d'une forme particulière de provocation agressive.

B. - LES TRAUMATISMES CRANIO-CEREBRAUX.

1) L'intensité du traumatisme :

Pour VERMEYLEN, cité par de CRAENE « les traumatismes crâniens, même de faible intensité, seraient capables de provoquer, outre une légère diminution intellectuelle, des états d'instabilité et d'émotivité pathologique, des troubles graves du caractère avec apparition de tendances perverses instinctives ».

De même pour CLEMENT, il n'existe aucune relation entre l'importance de l'accident et la gravité des séquelles.

Des auteurs comme FEUCHTWANGER ou J.E. MEYER, par contre, ont cru mettre en évidence une subordination des troubles sexuels à l'importance du traumatisme cérébral.

En fait, si des commotions cérébrales légères peuvent quelquefois faire apparaître des signes de détérioration psychique importants, la gravité des troubles éloignés est quand même grossièrement fonction, entre autres, de la durée et de l'intensité du coma. La perte de conscience signant l'atteinte organique.

Mlle B... a présenté un coma de 17 jours.

2) La localisation de l'atteinte :

Ces anomalies sexuelles sont-elles des symptômes témoins d'une lésion localisée ou plutôt des manifestations non spécifiques d'un changement de comportement et d'une baisse des possibilités intellectuelles d'origine organique, l'« organische Wesensveränderung » des auteurs allemands ?

La fréquence même des troubles sexuels après traumatisme crânien, rend assez improbable l'idée que tous ces symptômes ont systématiquement à leur origine une lésion de telle ou telle région, plutôt qu'éventuellement une altération organique ou fonctionnelle diffuse.

Pourtant des travaux récents ont à nouveau attiré l'attention sur l'importance du lobe frontal, alors que d'autres ont insisté sur le rôle de la région hypothalamique.

a) Le lobe frontal :

S'appuyant sur les travaux de KLEIST, FAUST défend l'idée d'une dissociation fonctionnelle entre lobe orbitaire et convexité frontale. Ainsi, pour cet auteur, une lésion ne débordant pas la convexité entraînera, dans le cadre de l'indifférence frontale, une baisse de l'impulsion et de la puissance sexuelles.

L'atteinte orbitaire, par contre, se manifeste par un relâchement de l'inhibition, une perte du sens moral et social : SPATZ

parle de la perte de ce qui est propre à l'homme. C'est là surtout qu'on peut rencontrer les manifestations délictueuses les plus variées, dont les délits sexuels représentent un pourcentage non négligeable. FAUST, sur un groupe de 70 malades traumatisés du lobe frontal relève 10 cas de délits, quelquefois à répétition, alors qu'aucun de ces malades ne s'était fait remarquer avant l'accident. Il s'agit avant tout de perversions sexuelles (exhibitionnisme, détournement de mineurs) et de coups et blessures. Il en est de même pour les travaux de LINDENBERG et de HEYGSTER.

KALINOWSKY et HOCH ont remarqué qu'il se produit une baisse de l'impulsion sexuelle après lobotomie. Dans certains cas on peut pourtant voir apparaître, d'après l'expérience de FREEMANN, une activité sexuelle augmentée dans un premier temps, probablement par atteinte simultanée de la région orbitaire.

De même voit-on au cours de la maladie de Pick, et le fait n'est pas rare, d'abord une désinhibition sexuelle qui finit (après atteinte de la convexité par l'atrophie) par une baisse de l'appétence sexuelle et une impuissance.

Quelques observations ont pourtant fait penser à une augmentation franche de l'impulsion sexuelle, non simplement explicable par la levée de l'inhibition. C'est le cas par exemple de DANDY, rapporté par LANGE, où une amputation bilatérale des pôles des lobes frontaux évolua vers une déviation du comportement instinctif, rendant toute vie sociale normale impossible. Dans ce cas précis l'intelligence était conservée, elle paraissait même aiguisée.

Neurologiquement les lésions de la région orbitaire se manifestent par des troubles de l'odorat.

b) La région hypothalamique :

Se basant sur les observations de BARD, de BEACH et de HESS, SCHREINER et KLING ont expérimenté sur l'animal, le chat en l'occurrence, le rôle de l'hypothalamus dans le comportement sexuel. Ils sont arrivés à la conclusion qu'il doit y avoir un centre stimulateur de l'impulsion sexuelle au niveau de l'hypothalamus, un centre freinateur au niveau des noyaux amygdaliens.

GASTAUT et COLLOMB constatent que : « le chat privé bilatéralement de son rhinencéphale, pratique le coït plusieurs fois de suite avec la femelle de son espèce qui lui est présentée, qu'elle soit en état de réceptivité œstrale ou non. Il ne pratique plus les manœuvres préliminaires propres à l'espèce, léchages ou frôlements, et passe tout de suite à l'acte sexuel qu'il réalise en un minimum de temps. Bien plus, son comportement est identique quel que soit le partenaire et il essaie le coït avec un chaton de deux mois aussi bien qu'avec un chien, un singe ou même un poulet ».

Il semblerait donc, en définitive, que si les anomalies constatées après lésions frontales (convexité ou région basale) ne sont que des manifestations indirectes, consécutives à une indifférence frontale ou au contraire à une levée de l'inhibition orbitaire, on puisse parler de syndrome de localisation en cas d'atteinte hypothalamique, région en fait assez bien protégée par les citernes basales. La région orbitaire, par contre, est particulièrement exposée aux chocs indirects.

Il paraît cependant difficile de suivre des auteurs comme GELLER, qui, après avoir étudié 151 cas de traumatisés du crâne ayant été les auteurs de différents délits, et en particulier de délits sexuels, arrive à classer ces derniers en fonction des zones traumatisées.

La malade de l'observation personnelle rapportée avait un enfoncement fronto-orbitaire droit avec au début des signes électro-encéphalographiques de souffrance dans ce territoire. L'exploration du sens de l'odorat n'a pas été faite et l'interrogatoire n'a pas permis de mettre en évidence une quelconque anomalie manifeste permettant d'objectiver une lésion de la région orbitaire du lobe frontal.

CHAPITRE IV

DESCRIPTION CLINIQUE SYNTHÉTIQUE DES ANOMALIES SEXUELLES APRÈS TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL

Après avoir admis la possibilité du développement de troubles du comportement sexuel dans les suites d'un traumatisme crânien, il paraît utile de faire une synthèse des différentes anomalies décrites.

Comme cadre, il est commode de se servir de la classification adoptée par CLIFFORD ALLEN, tout en sachant qu'elle ne peut avoir qu'un caractère très schématique, car plusieurs types d'anomalies peuvent se juxtaposer ou se conditionner mutuellement.

A. - LES DEVIATIONS DE L'ÉNERGIE SEXUELLE.

Il ne semble pas indispensable de revenir sur les manifestations sexuelles quantitatives à type d'aversion, d'hypoversion ou d'hyperversion, déjà abondamment décrites. Rappelons que, si la disparition ou plus souvent la baisse de l'impulsion sexuelle sont très fréquentes, l'hyperversion, par contre, est relativement rare.

B. - LES DEVIATIONS D'OBJET.

1) Déviations hétérosexuelles et homosexuelles :

S'il ne fut pas possible de relever une quelconque perversion pratiquée avec une personne du sexe opposé, les exemples de comportement homosexuel ne sont pas rares. Une observation typique est représentée par le cas (n° 5), déjà cité de LAUBER, concernant un employé de police poursuivi pour masturbation réci-proque.

2) **Infantosexualité, bestiasexualité et auto-sexualité.**

Le fait de prendre pour partenaire sexuel une personne impubère est magnifiquement illustré par le cas de Mr. W.P. de FAUST, qui réussit à commettre 150 délits sexuels sur des petites filles, en l'espace de trois mois. Un autre exemple est représenté par Mr. M.L. (FAUST), qui recherchait pour sa satisfaction sexuelle des fillettes de 10 à 12 ans exclusivement.

KRAFFT-EBING a rapporté le cas de cet ingénieur qui se servait souvent de chiennes comme objet sexuel.

Quant à la masturbation, elle est loin d'être rare, ce fait est confirmé par les publications de LAUBER (cas n° 4) et surtout de FAUST (H.L., E.W. entre autres). Il est à noter que deux de ces blessés se masturbaient déjà de façon éhontée, l'un dès son arrivée dans le service hospitalier, l'autre dès sa sortie du coma.

3) **Nécrophilie, gérontophilie, inceste et viol :**

La littérature ne contient pas d'observations d'individus prenant comme objet sexuel une personne âgée ou même un cadavre, dans les suites d'un traumatisme crânien.

Un cas d'inceste, par contre, est rapporté par FAUST (Mr. H.L., observation déjà citée).

Quant aux cas de viol ou de tentatives de viol, ils sont assez fréquents et surtout caractérisés par le fait que le sujet ne choisit pas vraiment telle ou telle partenaire, au contraire, il agit un peu au hasard. Ainsi le malade de KRAFFT-EBING s'intéressa à une femme de 70 ans.

C. - **LES DEVIATIONS DE SUJET.**

1) **Sexualité orificielle anormale, coprophilie et coprophagie^o:**

Aucun cas typique n'est signalé.

2) **Sado-masochisme :**

Pour illustrer le sadisme il faut revenir une fois encore au cas W.P. de FAUST, qui :

- brutalisait des petites filles et a failli en étrangler une
- a commis deux homicides qualifiés de « pour raisons sexuelles par l'auteur qui ne donne aucun autre élément à ce sujet.

Par contre, aucune observation typique de masochisme ne fut relevée.

3) Frotteurisme, scopophilie, exhibitionnisme :

Il convient d'insister surtout sur la manifestation-vedette qu'est l'exhibitionnisme. Que ce soient FAUST, GELLER, LAUBER, MEYER, GASTAUT et COLLOMB, tous ces auteurs la notent avec une fréquence extrême.

D'ailleurs pour ARIEFF et ROTMAN, cités par CLIFFORD ALLEN « l'exhibitionnisme est le plus courant de tous les délits d'ordre sexuel, avec la proportion de 35 % de malades admis au Chicago Municipal Psychiatric Institute ». Notons que la manifestation est exceptionnelle chez la femme.

Pour donner une idée de cette fréquence il semble utile de reproduire le tableau de LAUBER concernant 14 cas de traumatismes frontaux graves.

Tableau extrait du travail de LAUBER (portant sur 14 cas de traumatismes frontaux graves, ayant présenté, comme séquelles, des anomalies du comportement sexuel).

Cas	Domaine psychique	Domaine sexuel
Lésions de la convexité frontale droite		
1	indifférence	exhibitionnisme
2	indifférence	exhibitionnisme + désinhibition sexuelle
3	indifférence	exhibitionnisme
4	baisse intellectuelle	augmentation globale de la sexualité + masturbation
5	indifférence	exhibitionnisme + homosexualité
6	indifférence	augmentation globale de la sexualité
Lésions de la partie médiane des convexités frontales		
7	levée des inhibitions	désinhibition sexuelle
Lésions de la région orbitaire droite		
8	« ralenti »	exhibitionnisme
Lésions de la région orbitaire gauche		
9	normal	exhibitionnisme
10	levée des inhibitions	désinhibition sexuelle
Lésions orbitaires bilatérales		
11	levée des inhibitions	exhibitionnisme + augmentation globale de la sexualité
12	normal	désinhibition sexuelle
Lésions de la convexité et de la région orbitaire gauche		
13	indifférence	exhibitionnisme + augmentation globale de la sexualité
14	comportement infantile + baisse intellectuelle	exhibitionnisme

D. - LES ANOMALIES DU STIMULUS (travestisme, trans-sexualisme, fétichisme).

Un beau cas de fétichisme est représenté par Mr. E.W. de FAUST, qui volait de la lingerie féminine qui séchait dans un lavoir, s'en servait pour se masturber et la remettait en place ultérieurement.

Il y a aussi le cas déjà cité de Mr. M.L. qui atteignait l'orgasme en donnant dix coups sur les fesses nues de fillettes de 10 à 12 ans.

E. - PROSTITUTION.

Quand à la prostitution, elle trouve une place à part dans ce cadre. Il faut rappeler à ce propos l'observation de GASTAUT et COLLOMB, la personne aussi, Mlle B. a en effet provoqué l'intervention de la police pour prostitution.

Il convient encore d'insister sur le fait que toutes ces anomalies rapportées ne donnent probablement qu'une idée très déformée de l'ensemble des troubles du comportement sexuel apparaissant dans les suites d'un traumatisme crânio-cérébral. Ce que les auteurs publient, ce sont le plus souvent :

- des manifestations délictueuses risquant d'entraîner des poursuites judiciaires ;
- des motivations de procédure de divorce.

Mais de nombreuses anomalies sexuelles, autant quantitatives que qualitatives, et c'est le cas surtout des perversions dites mineures, peuvent rester cachées, quelquefois ignorées comme troubles, souvent même tolérées, voire approuvées par l'entourage.

CHAPITRE V

ESSAI D'INTERPRÉTATION PATHOGÉNIQUE DES DIFFÉRENTES ANOMALIES DU COMPORTEMENT SEXUEL APRÈS TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL

On peut distinguer grossièrement et assez arbitrairement surtout trois grands ordres de faits.

A. - TROUBLES QUANTITATIFS INITIAUX ET LEVÉE DE L'INHIBITION.

On a pu constater que les anomalies de la sexualité le plus fréquemment rencontrées après un traumatisme crânien, se manifestent, du moins initialement, sous forme de troubles quantitatifs.

Quand appétence et puissance sexuelle sont abolies ou diminuées en même temps, l'anomalie est peu remarquée ou du moins peu ressentie par le malade et souvent dénoncée seulement par le partenaire. Ces troubles surviennent en général dans le cadre d'un ralentissement plus ou moins important de la pensée, de la parole et du comportement.

Dans d'autres cas, plus rares certes, il peut y avoir discordance entre une baisse de la puissance sexuelle et une augmentation ou un maintien du désir génésique. Là l'impression d'une tension permanente, qui ne peut être résolue de façon naturelle, peut encore être augmentée jusqu'au désarroi complet devant la crainte constante d'un échec humiliant. Dans ces cas il peut se développer une véritable névrose obsessionnelle avec tension anxieuse qui s'extériorisera souvent de façon variée : propos malveillants ou indécents, gestes lubriques vis-à-vis de l'autre sexe. En outre, ces troubles pourront se manifester par des anomalies qualitatives, telles surtout l'exhibitionnisme et l'auto-érotisme, déviations sexuelles le plus souvent citées.

Quant à l'hypersexuel qui voit non seulement ses désirs vénériens stimulés, mais manifeste en même temps une surpuissance, il répétera insatiablement l'acte sexuel, dans la mesure du possible, en même temps qu'il versera facilement dans les perversions et surtout l'onanisme. De temps à autre, on pourra les voir s'exhiber devant des femmes ou devant des enfants, dans les endroits publics. Ces malades ne manifestent aucune gêne particulière, pas plus que la crainte d'être arrêtées ; le sont-ils, les recommenceront à la sortie de la prison ou de l'hôpital psychiatrique. Les perversions semblent prendre là le caractère d'actes de remplacement.

Plus souvent qu'une stimulation vraie de la sexualité on pourra rencontrer une désinhibition, telle qu'elle fut décrite dans le cadre du syndrome frontal. La vie sexuelle se trouve simplement libérée des entraves sociales ou morales.

On peut encore imaginer que cette levée de l'inhibition, de l'auto-contrôle peut se faire éventuellement sur un fond de perversion latente, qui va apparaître au grand jour, par la résurgence de comportements variés, parmi lesquels toutes les extravagances peuvent trouver leur place.

Quant aux malades dont les impulsions sont très perturbées dans le sens d'un ralentissement, ils semblent eux aussi, commettre avec une certaine prédilection des délits exhibitionnistes, entre autres. Ils le feront en guise d'activité déviée ou substitutive surtout.

B. - LA COMITIALITÉ.

Un groupe particulier est constitué par les équivalents comitiaux. Un très bel exemple est fourni par cette observation empruntée à LAUBER :

— Mr. H.B. (cas n° 1), instituteur. Plaie frontale droite par éclat d'obus en 1917, suivie de suppuration. Dans les suites ce malade présente des crises subites d'exhibitionnisme dans sa classe et devant ses élèves. A ces moments là il a l'air « bizarre », présente un état crépusculaire et ne se souvient pas du tout de ses gestes après la crise. En dehors de ses crises, sa vie socio-professionnelle semble à peu près normale.

Le diagnostic de crise psycho-motrice pourra être évoqué devant les éléments suivants :

- a) Caractère plus ou moins paroxystique de la crise et automaticité des gestes.
- b) Action bénéfique du traitement anti-comitial qui fait disparaître ou au moins atténue le nombre et l'intensité des crises.

- c) Notion d'amnésie sur ce qui vient de se passer, et qui est plus ou moins de règle. Néanmoins il faut tenir compte de toutes les réserves qu'il convient d'apporter en matière d'allégation d'un trouble de la conscience vigile.
- d) Altérations plus ou moins typiques du tracé électro-encéphalographique. Il faudra souvent faire appel à l'hyperpnée et à la stimulation chimique pour faire apparaître les anomalies du tracé. JUILLET et ses collaborateurs publient deux observations dont l'originalité réside dans le fait que, pendant l'enregistrement électro-encéphalographique sous stimulation chimique, ils ont pu reproduire un comportement sexuel anormal sous forme d'exhibitionnisme. Pour le premier cas il s'agissait d'un épisode manifeste d'automatisme psycho-moteur. Dans le deuxième cas, (pointes-ondes sur le tracé) l'activité était de type exhibitionniste et consciente, arrêtée net au moment de l'arrivée d'un médecin dans la salle. Pour ces auteurs il se pose là le problème d'un épisode paroxystique d'ordre comitial, comme on peut en voir dans certaines formes rares d'épilepsie temporale, pouvant par exemple revêtir une allure obsessionnelle.

Exhibitionnisme et masturbation sont les manifestations les plus fréquentes de ce groupe de faits.

Dans ce cadre, il paraît intéressant de citer les observations suivantes :

- celle de DELAY, NEVEU, DESCLAUX (1945) rapportant un cas d'équivalents psychiques comitiaux à conséquences médico-légales (attentat à la pudeur commis sur une fillette de 9 ans) ;
- celle de DELAY, ASSAILLY et VERDEAUX (1949) concernant des équivalents psychiques comitiaux à thème d'exhibitionnisme chez un malade dont le trouble obsessionnel était vécu au cours d'une expérience délirante paroxystique ;
- celle de CHARLIN, MIGNARDOT et VALET (1952) à propos d'un malade qui s'exhibait au cours d'états crépusculaires ;
- celle de GASTAUT et COLLOMB (1954) rapportant le cas d'un pédéraste arrêté pour exhibitionnisme, réalisé semble-t-il dans un état d'automatisme confusionnel.

En conclusion, il faut retenir ici deux ordres de faits, les crises psycho-motrices et les manifestations au cours de l'état crépusculaire post-critique où intervient aussi la levée de l'inhibition.

C. - LA DEMENCE POST-TRAUMATIQUE.

Les anomalies du comportement sexuel peuvent enfin apparaître au cours d'un syndrome démentiel post-traumatique, entrant dans le cadre même de cette détérioration mentale.

Classiquement ce syndrome se caractérise par les éléments suivants :

- violence habituelle du traumatisme causal, mais qui n'est pas, en fait, indispensable ;
- sa rareté chez les sujets jeunes ;
- sa fréquence, au contraire, chez les adultes d'âge moyen ;
- la quasi-constance de sa survenue sur un terrain particulier, le plus souvent athéroscléreux ou plus encore alcoolique.

Là aussi, le comportement sexuel peut entraîner des manifestations délictueuses mais dont le sujet ne comprend absolument pas le caractère illicite. Il s'agira bien souvent d'un jeu du malade sans qu'il ait un besoin de soulager une tension anxieuse.

Appendice.

A la lumière des éléments rapportés il paraît intéressant de reprendre l'observation personnelle pour voir quelle interprétation on peut donner au sujet du cas de Mlle B...

Bien sûr, les nombreuses « fugues » et peut-être surtout celle de mai 1963, pourraient éventuellement évoquer la comitialité. Or,

- cette malade est sous traitement barbiturique régulier ;
- il n'existe aucune amnésie, la malade est entièrement consciente de ce qu'elle fait ;
- à l'électro-encéphalogramme aucune anomalie, même sous stimulation, ne permet d'étayer cette hypothèse.

Il n'existe, en outre, chez Mlle B... aucun élément discordant, l'état mental, quoique affaibli, ne revêt pas non plus une forme démentielle.

Cette malade a présenté, dans les suites d'un traumatisme crânio-cérébral important, des besoins violents d'attouchements et de rapports sexuels avec les hommes, et ce, semble-t-il, par périodes. En se basant sur la définition de POROT qui qualifie de perversion sexuelle « toute tendance à rechercher la satisfaction sexuelle en dehors de l'accouplement physiologique avec un sujet de même espèce et de sexe opposé », ce qualificatif semble devoir être abandonné en faveur de celui d'hypersexualité.

Mais dans le cas de Mlle B... s'agit-il vraiment d'une hypersexualité franche ? La chose est loin d'être sûre, et il semble plutôt qu'à l'instar de certaines observations rapportées, on se trouve là en présence d'une classique levée de l'inhibition, telle qu'on peut la rencontrer dans certains syndromes frontaux.

Cette affirmation peut s'appuyer sur deux ordres de faits.

a) On se trouve devant un enfoncement fronto-orbitaire évident, ayant entraîné, entre autres, une souffrance localisée, confirmée par l'électro-encéphalogramme au début, qui concluait : « foyer d'ondes lentes, permanent, frontal droit ». La normalisation ultérieure du tracé ne signifie pas forcément régression des lésions, mais éventuellement stabilisation.

En outre, à l'examen au début, « une certaine instabilité à l'occlusion des yeux, sans autres signes vestibulaires associés » traduisait une contusion centrale.

L'encéphalographie gazeuse enfin, a fait soulever l'hypothèse d'une discrète atrophie corticale.

b) Mlle B... a présenté une désinhibition du comportement instinctif, surtout dans le sens de l'érotisme et de la boulimie (Mlle B... a pris vingt kgs depuis l'accident). En outre existait une excitation euphorique voisine d'un tableau hypomaniaque (le qualificatif a été employé à diverses reprises). Ces manifestations se développent par bouffées sur un fond d'apathie et d'indifférence. Par moments, il y a même alternance avec de véritables phases de dépression, auxquelles il manque cependant la composante anxieuse et qui correspond plus à un trouble de l'activité qu'à un trouble de l'humeur. Irritabilité, impulsivité, déficit de l'attention enfin complètent le tableau qui ressemble singulièrement à un syndrome frontal typique tel que de nombreux auteurs ont cru pouvoir le décrire.

CHAPITRE VI

PROBLÈMES MÉDICO-LÉGAUX

La possibilité de l'existence de troubles du comportement sexuel dans les suites d'un traumatisme crânien étant admise, il reste à étudier les conditions d'imputabilité, la responsabilité pénale éventuelle, les modalités de réparation enfin.

A. - CRITERES D'IMPUTABILITÉ :

Il est classique, lors de manifestations anormales du comportement d'un sujet, voire de délits les plus variés, d'entendre invoquer un quelconque traumatisme crânien antérieur dans l'espoir d'une réparation avantageuse, de faire accorder des circonstances atténuantes ou simplement pour profiter de ses vertus déculpabilisantes devant l'entourage.

La tâche de l'expert est en fait fort délicate, et pour pouvoir admettre la relation de causalité éventuelle entre le traumatisme et les troubles consécutifs il se basera sur les éléments suivants.

1) Certitude de l'absence de perturbations sexuelles antérieures.

L'appréciation en est difficile et il faudra fouiller le passé du sujet, pousser son interrogatoire avant de conclure que le traumatisme crânien a effectivement fait apparaître un élément nouveau. Il y a enfin le fait qu'il n'est pas toujours aisé de distinguer le normal de l'anormal dans un domaine dont l'exploration est toujours délicate.

2) Violence du traumatisme crânio-cérébral.

Schématiquement, c'est la perte de conscience qui signe la gravité du traumatisme crânien. Mais il est évident que ce ne sont pas toujours les traumatismes les plus violents qui entraînent les séquelles les plus graves.

De même certains auteurs ont cité des cas de blessures crâniocérébrales graves sans dissolution de la conscience, ainsi tel blessé par projectile d'arme à feu. Mais là l'importance de l'atteinte est indiscutable. Ces faits demeurent pourtant rares, et le critère de la perte de conscience constitue un repère habituellement précieux pour l'expert.

Par ailleurs les signes d'atteinte cérébrale (grâce à l'électro-encéphalographie, la pneumoencéphalographie, etc.) s'ils n'ont aucune autre étiologie manifeste, peuvent éventuellement peser lourd dans l'appréciation de la relation de causalité. Mais, par contre CAU et MARIN écrivent « La négativité des examens médicaux n'est pas la garantie d'absence de lésions », les investigations para-cliniques peuvent être normales « alors que les altérations anatomiques existent, révélées à l'autopsie ».

3) Délais d'apparition des troubles.

Classiquement le temps qui sépare le traumatisme des premières manifestations anormales doit être assez court. Il peut même être pratiquement nul, c'est le cas de ces deux blessés qui, dès la reprise de conscience, se masturbèrent publiquement. Le plus souvent il se passe un délai de quelques semaines à quelques mois. Pour pouvoir retenir un temps de latence plus long, il faut au moins que pendant ce temps il y ait eu des manifestations anormales à type de changement de comportement. Notons aussi qu'une atrophie corticale ou une démence post-traumatique peuvent être très longues à s'installer ou à se manifester. Il en est de même d'une éventuelle comitialité.

Ainsi ce troisième repère conserve une valeur assez relative.

B. - RESPONSABILITÉ PÉNALE.

Les anomalies du comportement sexuel donnent fréquemment lieu à des manifestations délictueuses variées et le problème de la responsabilité pénale est souvent discuté.

Il paraît utile de rappeler à ce propos le cas de SCWELLNUS (1935) cité par NAVILLE et rapporté par CAU et MARIN :

« Un jeune homme, à la suite de deux traumatismes crâniens, l'un et l'autre avec fracture du crâne, a un comportement antisocial progressivement violent — commet un homicide au cours d'une discussion — mis en observation et expertisé est reconnu comme responsable ; or l'examen neuro-psychiatrique montrait une paralysie faciale gauche périphérique, une mydriase gauche, une anesthésie de l'hémiface et de l'hémicrâne gauches, l'absence de troubles mentaux hors une indifférence morale — condamné à la peine capitale, il est exécuté — l'autopsie montra une destruction totale de l'écorce de tout le lobe temporal droit, transformé en une

énorme plaque jaune de 10 cm sur 5 cm, une autre plaque jaune de 3 cm sur 2 cm à la partie inférieure et postérieure de la face externe du lobe frontal droit, deux plaques de 1 cm² sur le lobe orbitaire droit... ».

Tous ces faits peuvent-ils entrer dans le cadre de l'article 64 du Code Pénal ? Il semble que cela puisse être le cas souvent, surtout si on se trouve devant un changement profond de la personnalité dans le cadre d'un syndrome frontal, d'une comitativité ou d'une démence post-traumatique. Mais il y a aussi, bien sûr, l'éventuel risque d'un encouragement donné au comportement anti-social sous le couvert de l'impunité trop facilement accordée.

Pour le cas de Mlle B..., les experts ont discuté de la façon suivante :

« Dans les suites du traumatisme, les troubles considérables qu'elle a présentés dans le domaine intellectuel ont fait parler de baisse du jugement, de baisse du sens critique.

Le certificat d'internement signale « une indifférence absolument pathologique avec anesthésie morale... la malade se montre inaffektive et semble-t-il inintimidable ». Le spécialiste qui a signé le certificat d'internement, avait soulevé à l'époque le diagnostic de perversion post-traumatique.

Il est donc indiscutable qu'à l'époque, quel que soit le diagnostic psychiatrique qu'on puisse faire, Mlle B... était en état de démence, au sens où l'entend l'article 64 du Code Pénal ».

Il est à noter que dans le cas de Mlle B..., objet d'une enquête pour prostitution, il n'y eut pas de poursuites.

C. - REPARATION :

Une fois admis l'étiologie traumatique d'un trouble du comportement sexuel, l'appréciation du dommage va encore se heurter à de nombreuses difficultés. Elle sera évidemment variable selon le cadre envisagé.

1) En accident du travail.

La prise en charge du blessé est totale et il n'existe pas de responsabilité partagée, comme c'est le cas en droit commun. S'il est admis que l'accident a joué un rôle dans l'étiologie des troubles du comportement sexuel, le blessé est reconnu victime d'un accident du travail, et toute l'évolution ultérieure de la maladie sera la conséquence de celui-ci. Un taux d'I.P.P. sera accordé et progressivement augmenté ou diminué en fonction de l'état du sujet.

2) Dans le cadre des pensions militaires.

Une grande partie des observations d'anomalies du comportement sexuel, publiées par les auteurs allemands, concerne des blessés des deux dernières guerres.

Il s'agit là d'une législation très proche de la réparation des accidents de travail, tenant compte de l'ensemble des manifestations cliniques sans apprécier le rôle éventuel d'une prédisposition constitutionnelle.

3) Dans le cadre du Droit Commun.

Au contraire, seules sont réparées les conséquences directes du traumatisme. La détermination du rôle de ce dernier est fort délicate, puisqu'il faut tenir compte du terrain, de la prédisposition constitutionnelle.

Chaque expertise constituera un cas particulier et l'enchaînement des faits devra être déterminée de la façon la plus vraisemblable possible pour essayer de fixer le rôle précis du traumatisme et apprécier le dommage seul. Un autre facteur délicat sera celui de l'évolutivité des troubles et leur pronostic.

Il faut revenir à ce propos au cas de Mlle B..., l'expert écrit :

« Un problème très important à discuter est celui de la relation de causalité entre sa grossesse et le traumatisme et les troubles mentaux post-traumatiques.

Ce problème est particulièrement délicat à discuter, car dans le Droit Commun il n'y a lieu de réparer que les conséquences directes de l'accident, à l'exclusion de tout élément relevant de l'état antérieur.

Or, il est bien certain que dans le cas particulier de Mlle B..., il n'est pas possible d'avoir une appréciation exacte de son état mental avant l'accident.

On ne peut seulement, en l'occurrence, se référer qu'à quelques faits précis. Le médecin-chef du service psychiatrique mentionne qu'à son avis, il existait un état préexistant d'immaturation affective profonde. L'accident aurait provoqué une régression intense expliquant la gravité des perturbations mentales.

De même le médecin, représentant aux opérations d'expertise la Compagnie d'Assurances, a insisté sur le fait que Mlle B... avait présenté, avant son accident, une conduite sexuelle à la limite du normal.

En effet, d'après une enquête réalisée par cette compagnie d'assurances, Mlle B... sortait fréquemment, notamment avec des sujets italiens célibataires. Elle leur rendait également visite dans

les baraquements où ils logeaient à quelque distance de son domicile.

En réalité, il n'est pas possible d'obtenir des précisions sur ce comportement, et de toute façon les sources de renseignements ne sont pas communiquées.

Pour notre part, nous pensons qu'effectivement Mlle B... devait présenter un état constitutionnel prédisposé. Il est fort probable, comme le pense le psychiatre, que cette malade était une immaturée affective. Sur ce terrain fragile, au point de vue mental, l'accident a déclenché une régression extrêmement intense.

Néanmoins une notion nous paraît très importante, c'est qu'avant son accident la malade n'avait certainement présenté aucun trouble de caractère intellectuel, en particulier aucune perte de l'auto-critique et aucune perturbation du jugement.

Elle était donc, avant son accident, consciente de ce qu'elle réalisait et devait être considérée comme responsable de ses actes.

Bien au contraire, dans les suites du traumatisme, les troubles considérables qu'elle a présentés dans le domaine intellectuel ont fait parler de baisse du jugement, baisse du sens critique.

Il est donc indiscutable qu'à l'époque, quel que soit le diagnostic psychiatrique qu'on puisse faire, Mlle B... était en état de démence au sens où l'entend l'article 64 du Code Pénal.

Quel que soit l'état de prédisposition antérieure, il est indiscutable que l'accident est le seul responsable de cet état de démence.

Nous pensons donc que l'ensemble des troubles du comportement, leurs conséquences lointaines, et donc la grossesse doivent être considérées comme étant en relation directe avec le traumatisme du 19-3-1960. »

On peut donc voir, d'après cette observation, que même en Droit Commun, des conséquences fort lointaines et parfois imprévues peuvent donner lieu à réparation en cas de traumatisme crânio-cérébral.

Il faut préciser enfin que dans le cas de Mlle B... les juges ont suivi l'opinion des experts et ont considéré l'ensemble des troubles du comportement comme étant d'origine traumatique. Mais l'évolutivité de ces anomalies du comportement n'a pas encore permis, pour l'instant, de fixer de façon définitive la réparation et la date de consolidation médico-légale.

CONCLUSIONS

1) L'observation personnelle d'une jeune fille qui a présenté de graves troubles du comportement sexuel, à la suite d'un traumatisme crânien, est rapportée. Il s'agissait d'une hyperversion sexuelle qui s'est manifestée notamment par la prostitution et a eu comme conséquence une grossesse.

2) La littérature médicale permet de retrouver un certain nombre de faits parallèles. Tous les types d'anomalies peuvent se rencontrer, mais il y a une nette prédilection pour l'exhibitionnisme.

3) Le traumatisme crânien est habituellement très violent, atteignant volontiers la région frontale.

4) L'interprétation pathogénique de ces troubles ne semble pas univoque. A côté de la comitialité vérifiée par l'électro-encéphalogramme et des états démentiels vrais, on peut penser que de nombreuses publications représentent en fait des syndromes frontaux. C'est le cas de l'observation personnelle.

5) Ces anomalies du comportement sexuel, qui surviennent dans les suites d'un traumatisme crânio-cérébral, soulèvent des problèmes médico-légaux délicats. Les critères d'imputabilité sont toujours difficiles à définir. En outre se pose le problème de la responsabilité pénale de la victime. Enfin sont discutés les modalités de la réparation dans les différents cadres juridiques.

BIBLIOGRAPHIE

- BARD D. — The hypothalamus and sexual behaviour.
Res. Publ. Ass. nerv. ment. Dis., 20, 551-579 (1940).
- BAY E. — Die traumatischen Hirnchdädigungen, ihre Folgezustände und ihre Begutachtung.
Fortschr. Neurol. Psychiat., 1953, 21, 151-181.
- BEACH F. — A review of physiological and psychological studies of sexual behaviour in mammals.
Physiologie rev., 1947, 27, 240-307.
- BENON R. — Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques.
Steinheil, édit., 1913.
- BRESGEN C. — Beitrag zur Pathologie des Stammhirns. Ein Fall von Änderung der Sexualität nach Schadeltrauma.
Klin. Wschr., 1950, 28, 30.
- BUSEMANN A. — Psychologische Untersuchungen an Hirnverletzten.
Arch. Psychiat. Nervenkr., 1948, 179, 638-690.
- CAU G. et MARIN A. — Evolutivité des séquelles cérébrales chez les traumatisés crâniens.
Ann. de Médecine Légale, 1958, 38, 310-314.
- CHARLIN A., MIGNARDOT et VALET. — Epilepsie temporale et exhibitionnisme. Comptes rendus du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française, Masson édit., 1953, 543-547.
- CHIGOT P.-L. et CLEMENT J.-Ch. — Pronostic et conséquences médico-légales des traumatismes crâniens chez l'enfant.
Revue du Praticien, 1959, 9, 3.367-3.376.

CLIFFORD ALLEN. — Les déviations sexuelles.

Payot édit., 1963.

COLIN M. — Examen de personnalité et criminologie (Etude clinique et médico-légale).

Masson édit., 1961.

COLIN M. — Etudes de criminologie clinique.

Masson édit., 1963.

CRAENE E. (de). — Psychoses post-traumatiques.

Ann. de Médecine Légale, 1937, 15, 709-753.

DELAY J., NEVEU P., DESCLAUX P.-L. — Equivalents psychiques comitiaux à conséquences médico-légales.

Ann. de Médecine Légale, 1945, 25, 27-29.

DELAY J., ASSAILLY A., VERDEAUX G., VERDEAUX J. — Equivalents psychiques comitiaux à thème d'exhibitionnisme.

Ann. Médico-Psychologiques, 1949, 1, 292-295.

DELAY J., VERDEAUX G., VERDEAUX J., BARANDE R. — Electroencéphalographie et expertise médico-légale. Etude clinique et électroencéphalographique de 94 délinquants épileptiques adultes.

L'Encéphale, 1958, 47, 1-30.

FAUST C. — Zur Symptomatik frischer und alter Stirnhirnverletzungen.

Arch. Psychiat. Nervenkr. 1955, 193, 78-97.

FAUST C. — Die psychischen Störungen nach Hirntraumen : akute traumatische Psychosen und psychische Spätfolgen nach Hirnverletzungen.

In PSYCHIATRIE DER GEGENWART, Band 2, klinische Psychiatrie, Springer édit., 1960, 552-645.

FEREY D. — Traumatismes du crâne. Médecine. Chirurgie. Expertise. - Doin édit., 1955.

FEUCHTWANGER E. — Die Funktionen des Stirnhirns.

Springer édit. (Berlin), 1923.

FLECK U. — Zu den sexuellen Storungen nach Hirnverletzungen.

Dtsche med. Wschr., 1952, 77, 139-141.

GASTAUT H., COLLOMB H. — Etude du comportement sexuel chez les épileptiques psychomoteurs.

Ann. Médico-Psychologiques, 1954, 2, 657-696.

- GELLER W. — Die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit hirnverletzter Täter.
Dtsche Z. für gerichtl. Med., 1960, 49, 393-405.
- GERAUD et Coll. — Les problèmes posés par l'intégration et le maintien dans les milieux du travail des traumatisés du crâne. Rapport 6^{es} Journées N. de Médecine du Travail, 1960. Compte rendu in Arch. des Maladies professionnelles, 1961.
- HAVELOCK Ellis. — Etudes de psychologie sexuelle. Edition critique établie sous la direction du professeur HESNARD, Cercle du Livre précieux, édit. 1964.
- HESS W.-R. — Das Zwischenhirn.
Benno Schwabe, édit. (Bâle), 1954.
- HEYGSTER H. — Die psychische Symptomatologie bei Stirnhirn-lesionen.
Hirzel édit. (Leipzig), 1948.
- HIRSCHMANN J. — Pathologischer Appetenzwandel.
Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur., 1954, 192, 369.
- HOHEISEL H.-P. — Kriminalität bei Hirnverletzten.
Dtsch. Z. für gerichtl. Med., 1954, 43, 59.
- JUILLET P., DAMASIO R., RICAI J., CADOUR E., SAVELLI A. — Comportement exhibitionniste et électroencéphalogramme. - Ann. de Médecine Légale, 1962, 42, 197-204.
- KALINOWSKY L.-B., HOCH P. — Schockehandlungen, Psychochirurgie. - Huber édit. (Bern et Stuttgart), 1952.
- KLEIST K. — Gehirnpathologie.
Barth édit. (Leipzig), 1934.
- KRAFFT-EBING. — Verirrungen des Geschlechtslebens.
Par Alexander Hartwich, 1964, Müller édit.
- LANGE J. — Hirnchirurgie und Lokalisationslehre.
Mschr. Psychiatr., 1938, 99, 130.
- LANGE-COSACK H. — Kriminogene Persönlichkeitsveränderung durch Stirnhirnschaden.
Arch. Psychiat. Nervenkr. 1936, 105, 291.
- LAUBER H.-L. — Sexuelle Enthemmung und Exhibitionnismus bei Frontalhirnverletzten.
Arch. Psychiat. Nervenkr. 1958, 197, 293-306.

- LINDENBERG W. — Hirnverletzung und Kriminalität.
Juristische Rdsch. 1950, H. 13.
- MARIN A., LE GUEUT J. — L'expertise médico-légale.
Masson édit., 1959.
- MARIN A. — Problèmes médico-légaux posés par les traumatismes crâniens.
Cahiers Médicaux Lyonnais, 1962, 38, 339-345.
- MEYER J.-E. — Die sexuellen Storungen der Hirnverletzten.
Arch. Psychiat. Nervenkr., 1955, 193, 449-469.
- MORSIER G. (de). — Les troubles nerveux et mentaux consécutifs aux traumatismes crânio-cérébraux.
Rev. Med. Suisse Romande, 1936, 56, 785-829.
- PLANQUES J., GREZES-RUEFF Ch. — L'apport de l'électroencéphalographie à l'expertise mentale de l'adulte.
Ann. de Médecine Légale, 1953, 32, 253-257.
- PLANQUES J., GREZES-RUEFF Ch. — L'électroencéphalogramme dans l'expertise médico-légale.
XXVII^e Congrès international de langue française de Médecine Légale, Médecine du Travail, Médecine Sociale, Strasbourg 1954, vol Rapports 309-379.
- POROT A., BARDENAT C. — Psychiatrie Médico-Légale.
Maloine édit., 1959.
- PUECH et coll. — Traumatismes crânio-cérébraux.
Legrand édit., 1950.
- REHWALD et coll. — Das Hirntrauma.
Thieme édit. (Stuttgart), 1956.
- ROCHE L., REYNAUD C. — L'appréciation du dommage corporel dans le cadre du droit commun.
Masson édit., 1960.
- SCHREINER L., KLING A. — Behavioural changes following rhinencephalic injury in cat.
J. of Neurophysiol., 1953, 16, 643.
- STIER E. — Schädigung der sexuellen Funktionen durch Kopftrauma. - Dtsche med. Wsch., 1938, 145.
- VIGOUROUX R., GASTAUT H., BADIER M. — Provocation des principales manifestations cliniques de l'épilepsie dite temporale, par stimulation des structures rhinencéphaliques chez le chat non anesthésié.
Revue Neurologique, 1951, 85, 505-508.
- WERTHEIMER P., DESCOTES J. — Traumatologie crânienne.
Masson édit. 1961.

Vu le Doyen :

J.-F. CIER.

Le Président de la Thèse :

Pr ROCHE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 1^{er} février 1965.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université :

P. LOUIS.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	15
INTRODUCTION	17
CHAPITRE I. — Observation personnelle	19
CHAPITRE II. — Etude analytique des différentes anomalies du comportement sexuel, après traumatisme crânio-cérébral, décrites dans la littérature médi- cale	29
CHAPITRE III. — Données étiologiques	33
A. - Les sujets	33
1) Le sexe	33
2) L'âge	34
B. - Les traumatismes crânio-cérébraux	35
1) L'intensité du traumatisme	35
2) La localisation de l'atteinte	35
CHAPITRE IV. — Description clinique synthétique des ano- malies sexuelles après traumatisme crânio-cérébral.	39
A. - Les déviations de l'énergie sexuelle	39
B. - Les déviations d'objet	39
C. - Les déviations de sujet	40
D. - Les anomalies du stimulus	42
E. - La prostitution	42

CHAPITRE V. — Essai d'interprétation pathogénique des différentes anomalies du comportement sexuel après traumatisme crânio-cérébral	43
A. - Troubles quantitatifs initiaux et levée de l'inhibition	43
B. - La comitialité	44
C. - La démence post-traumatique	46
Appendice	46
CHAPITRE VI. — Les problèmes médico-légaux	49
A. - Les critères d'imputabilité	49
B. - La responsabilité pénale	50
C. - La réparation	51
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	57

